



Реферат

Значение больниц

Больницы — ключевой элемент системы здравоохранения и основная точка приложения реформы в этой сфере. К сожалению, и политики, и ученые уделяли им крайне мало внимания, рассматривая их как своего рода «черный ящик», не вникая в суть их работы. Сегодня ситуация меняется. Политики задают вопросы, а исследователи на них отвечают. Каким должен быть облик современной больницы? Каково ее место в системе здравоохранения и в каких изменениях она нуждается? Те, кто отвечает за реформу системы здравоохранения, должны обратить на больницы пристальное внимание.

Актуальность реформ

Больницы не существуют сами по себе. Они постоянно приспособляются к переменам, как внутренним, так и внешним (взаимоотношения с другими элементами системы здравоохранения, социально-экономическая ситуация). Эти изменения происходят в трех сферах: 1) спрос на медицинские услуги (изменение потребностей населения, которое обслуживает больница, в таких услугах); 2) ресурсы (новые медицинские технологии и знания); 3) требования и ограничения, накладываемые социально-экономической ситуацией.

Почему больницы играют ключевую роль в системе здравоохранения?

- На долю больниц приходится значительная часть бюджета системы здравоохранения (до 70% в странах Восточной Европы).
- В больницах работают до половины всех врачей и три четверти медицинских сестер.
- Системы здравоохранения европейских стран существенно различаются. В странах Восточной Европы больницам отведена более важная роль, чем в странах Западной Европы.
- Благодаря своей ключевой позиции больницы оказывают большое влияние на всю систему здравоохранения.
- В больницах не только лечат, но и обучают, ведут исследовательскую работу; они играют важную роль в местной экономике.
- Реформа в сфере здравоохранения зачастую приводит к непредсказуемым изменениям деятельности больницы.
- Больницы остаются достаточно консервативным элементом системы здравоохранения, несмотря на давление со стороны внешних факторов (изменения в структуре населения и течении многих заболеваний, появление новых препаратов и новых медицинских технологий, изменения представлений о функциях современной больницы).
- Постоянно совершенствуется взаимодействие больниц с врачами общей практики и социальными службами, что позволяет сократить время пребывания в стационаре и расширить возможности амбулаторного лечения.
- Реформа больниц подразумевает использование новых моделей управления, новых методов оплаты медицинских услуг, усиление контроля за работой больницы.
- Больницы имеют важное психологическое значение; это зримое воплощение современной медицины.

Определяя направления развития больниц, нужно учитывать, что последствия изменений станут заметными только через несколько десятилетий.

Изменение спроса на медицинские услуги

Больницы должны отвечать потребностям населения, которое они обслуживают. Структуру населения определяют такие показатели, как рождаемость, смертность и миграция. Начавшееся в 70-х годах резкое падение рождаемости в большинстве западноевропейских стран заметно снизило потребность в акушерской помощи. Вместе с тем растет доля пожилых людей, у которых, как правило, имеется несколько заболеваний, поражены многие органы и системы. Такие больные нуждаются в комплексном лечении многими специалистами (пример успешного решения этой проблемы — высокая эффективность комплексного лечения инсульта). Миграции множества людей привели к смешению национальностей. Потребности иммигрантов в медицинских услугах могут отличаться от потребностей коренного населения (например, в районах, где значительную часть населения составляют выходцы с Карибских островов и стран Средиземноморья, необходимо создавать службы, специализирующиеся на гемоглобинопатиях).

Меняется и структура заболеваемости. Появление полиомиелитной вакцины и разработка медикаментозного лечения туберкулеза в конце 50-х годов значительно уменьшили загруженность хирургов-ортопедов, отпала необходимость в трансплантации сухожилий и некоторых операциях на позвоночнике. С 70-х

годов во многих развитых странах смертность от ишемической болезни сердца снизилась почти вдвое благодаря совершенствованию методов лечения и, что более важно, стремлению к здоровому образу жизни (соблюдение диеты, отказ от курения).

Определяя направления развития больниц, нужно учитывать, что последствия подобных изменений станут заметными только через несколько десятилетий. Например, распространение курения среди подростков приведет к росту заболеваемости раком легкого лишь через 40 лет. Поэтому можно предположить, что через 40 лет потребность в операциях на грудной клетке в Португалии возрастет, а в Финляндии — уменьшится.

Рис. 1. Стандартизованная по возрасту смертность от рака легкого, бронхов и трахеи в Финляндии и Португалии на 100 000 населения во всех возрастных группах с 1970 по 2000 г.



Источник: WHO Regional Office for Europe health for all database, 2001.

Одни заболевания постепенно исчезают (например, дифтерия), но их место занимают новые. Самый известный пример — СПИД. В Великобритании описана особая форма болезни Крейтцфельда—Якоба: «коровье бешенство».

Пока немногочисленные случаи этого заболевания заставляют прибегнуть к дорогостоящим мерам — использованию одноразовых инструментов при многих хирургических вмешательствах. Для больниц многих стран громадную проблему представляет рост заболеваемости больничными инфекциями, особенно вызванными микроорганизмами, устойчивыми к антибиотикам.

И наконец, следует учитывать возросшие требования людей. Многие больные предпочитают находиться в отдельных, а не в общих палатах. Благодаря доступу к обширной медицинской информации через Интернет некоторые больные лучше осведомлены о медицинских новшествах, чем врачи. Нужно принимать во внимание и разнообразие нужд больных. Например, иммигранты и представители национальных меньшинств могут испытывать трудности, обусловленные незнанием языка или несхожестью обычаев.

Изменение структуры медицинских ресурсов

Изменения в этой сфере не только дают дополнительные преимущества, но и накладывают некоторые ограничения. Предсказать последствия внедрения новых технологий непросто. Например, капиталоемкие нововведения способствуют централизации медицинского обслуживания в крупных больницах. С другой стороны, развитие информационных и коммуникационных технологий позволяет оказывать медицинскую помощь на расстоянии (телемедицина). Лавинообразный поток новой информации и форсированное внедрение современных технологий заставляют медицинских работников постоянно повышать свою квалификацию.

Борьба с больничными инфекциями

С появлением методов асептики и антисептики в конце XIX в. и открытием антибиотиков многим стало казаться, что больничные инфекции побеждены. Однако частота этих инфекций вновь возрастает даже в развитых странах. Больничные инфекции возникают у 10% больных. Хотя сравнительные данные немногочисленны, в некоторых европейских странах этот показатель гораздо выше. Частота больничных инфекций максимальна в отделениях интенсивной терапии, ожоговых отделениях, отделениях для новорожденных, а также у больных со сниженным иммунитетом. Больничные инфекции не только осложняют течение болезни, но и повышают стоимость лечения, вдвое увеличивая длительность пребывания в стационаре. Вот некоторые данные, характеризующие масштаб проблемы. В Великобритании больничные инфекции возникают у 1 из 11 больных; ежегодно от них умирает 5000 человек (больше, чем погибает при дорожно-транспортных происшествиях). Финансовый ущерб для системы здравоохранения составляет 1,6 миллиарда долларов.

Источник: National Audit Office (2000) The management and control of hospital-acquired infections in acute NHS trusts in England. London: The Stationery Office; Plowman R, Graves N, Griggin M. et al (1999) The socioeconomic burden of hospital acquired infection. London: Central Public Health Laboratory.

Сегодня уже невозможно всю жизнь пользоваться багажом знаний, полученных в институте. Необходимость развития системы повышения квалификации ощущается как никогда остро.

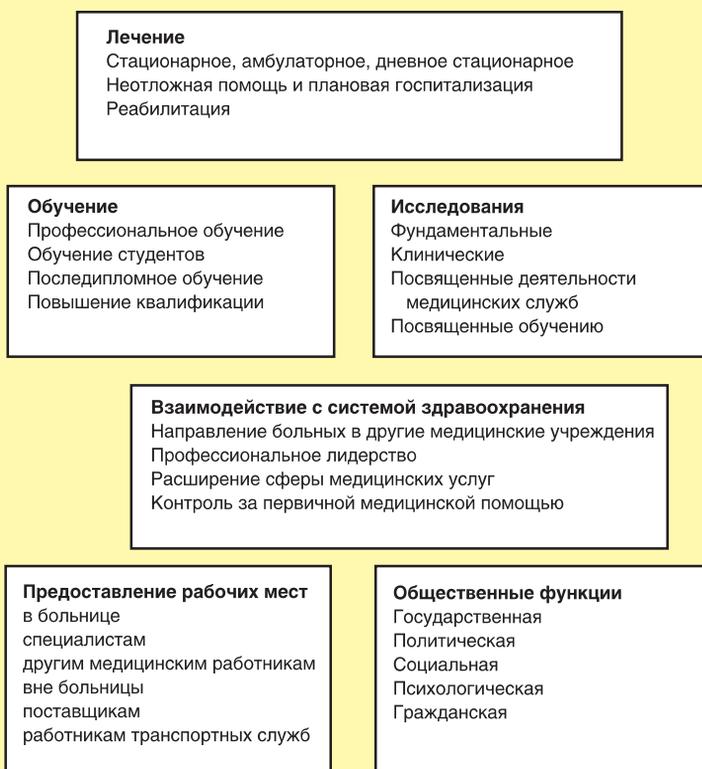
Важную роль играет изменение структуры трудовых ресурсов (например, возрастает доля работающих женщин, меняется структура семьи). Во многих странах при больницах создают детские сады для детей сотрудников; это делает работу более привлекательной для женщин и тем самым позволяет сохранить опытный персонал.

Социальные, экономические и политические изменения

На работу больниц существенно влияют социально-экономическая и политическая ситуация. В начале 90-х годов в странах Восточной Европы рост расходов на здравоохранение замедлился: был ужесточен контроль за ростом цен в связи со стремлением этих стран присоединиться к валютному союзу. В бывших советских республиках наблюдается экономический спад, обусловленный преобразованием экономики.

При планировании структуры больниц следует иметь в виду, что их функция не ограничивается лечением (рис. 2). В больницах обучают медицинских работников, ведут исследовательскую работу, на которой базируются достижения современной медицины. Изменения в сфере образования (например, подготовка медицинских сестер в университетах) неизбежно отразятся на деятельности больниц. Показания к стационарному лечению сейчас сужаются, все большее значение придается амбулаториям и, соответственно, планиро-

Рисунок 2. Функции больницы скорой помощи



Source: Healy and McKee, chapter 4.

ванию и организации обучения на базе этих учреждений. Перемены происходят и в области научных исследований: научно-исследовательские центры становятся больше, а их число уменьшается.

Больницы играют важную роль на местном уровне. Европейский Союз (ЕС) официально признал важный вклад больниц в экономику района, который они обслуживают, особенно если возможности трудоустройства в данном районе ограничены. Помимо медицинского персонала больницы обеспечивают работой поставщиков и подрядчиков. Кроме того, больницы создают благоприятные условия для привлечения внутренних инвестиций. С другой стороны, закрытие больницы может нанести смертельный удар по благополучной местной экономике. Окончательное решение о направлениях развития больниц можно принимать, только тщательно взвесив все эти обстоятельства.

Очевидно, что предсказать будущие потребности в медицинских услугах довольно трудно. Одни факторы поддаются прогнозированию, другие — нет. Ясно одно: какой бы ни была структура современного стационара, она должна быть достаточно гибкой, позволяющей приспособиться к любым переменам.

Основные направления развития системы больниц

В Европе направления развития больниц, оцениваемые по таким показателям, как количество коек и интенсивность их использования, существенно изменились, хотя сравнивать данные, полученные в разных странах, бывает трудно. Такие понятия, как «больница» и «больничная койка» далеко не однозначны. Ведь больничная койка — не более

Число больничных коек сокращается, их использование становится более интенсивным, а средняя продолжительность пребывания в стационаре сокращается.

чем матрас на четырех ножках. Возможно, это одна из двадцати коек больницы провинциального городка, обслуживаемых единственной медицинской сестрой, или одна из коек отделения реанимации крупной специализированной клиники в столице. Тем не менее, в странах Европы можно выделить три основные тенденции развития больниц.

Наибольшее число коек (как в обычных больницах, так и в интернатах для хронических больных) приходится на 15 бывших советских республик, однако в 90-х годах этот показатель стал снижаться. На втором месте по числу коек — 12 стран Центральной и Восточной Европы, на третьем — 15 стран, входящих в ЕС. Из рис. 3 видно, что в странах ЕС сокращение числа больничных коек началось в 80-годы, в странах Центральной и Восточной Европы — в начале 90-х годов. В бывших советских республиках резкое уменьшение этого показателя отмечено с середины 90-х годов.

За постепенным равномерным уменьшением среднего числа коек в больницах скорой помощи скрываются значительные национальные различия. Так, в Германии отношение числа коек в больницах скорой помощи к численности населения почти вдвое превышает аналогичный средний показатель в странах ЕС. В Италии, несмотря на снижение, этот показатель все еще на 90% больше, чем в Великобритании, где планируется существенно расширить коечный фонд, не соответствующий современным потребностям населения.

В странах ЕС помимо уменьшения числа коек сокращаются сроки пребывания в стационаре. В 90-е годы количество госпитализаций в расчете на численность населения в большинстве стран увеличилось. Это увеличение было бы еще более заметным, если бы при расчете учитывали однодневные госпитализации (во многих странах число таких госпитализаций сильно возросло, хотя сравнительные данные отсутствуют).

Таким образом, при меньшем количестве больничных коек возрастает интенсивность их использования и сокращается средняя продолжительность пребывания в стационаре. В бывших советских республиках последняя составляет около 14 сут, а в странах ЕС — менее 9 сут (рис. 4). В разных европейских странах продолжительности пребывания в стационаре разная. В Германии она более чем вдвое выше, чем в Великобритании, из-за жесткого разделения амбулаторной и стационарной помощи. Рост частоты госпитализаций (в том числе на одни сутки), сокращение сроков пребывания в стационаре и более частое обращение в амбулаторные службы увеличивает нагрузку на больницы.

В основе перечисленных выше тенденций лежит несколько причин. Больных, которые раньше долго лечились в стационаре, сейчас переводят в дома для престарелых, интернаты для хронических больных или выписывают домой, под наблюдение амбулаторных и социальных служб. Благодаря шадящим операциям и современным методам общей анестезии расширяются показания к хирургическому лечению. Более ранняя активизация больных после операции способствует сокращению сроков пребывания в стационаре. Имеет значение и необходимость сокращать стоимость стационарного лечения в расчете

на одного больного. К сожалению, периоды могут быть лишь кажущимися: если раньше больных госпитализировали реже на более длительное время, то сегодня возрастает частота повторных госпитализаций. Эта тенденция (общепризнанная, хотя и не имеющая количественной оценки) создает потребность в специалистах, согласующих лечение на разных уровнях системы здравоохранения (в больнице подобную роль раньше выполняла старшая медицинская сестра).

Мнение о преимуществах крупных больниц устарело.

Целесообразно ли увеличивать размеры больницы?

Каков наилучший размер больницы? Ответ на этот вопрос, безусловно, зависит от ее типа, величины обслуживаемого района, структуры расходов и места в системе здравоохранения. Большинство исследований проводилось на базе неспециализированных больниц скорой помощи в США и Великобритании, поэтому обобщаемость приведенных ниже сведений спорна. В этих странах больничное обслуживание сосредоточено в неспециализированных больницах скорой помощи, обслуживающих территорию с населением от 150 000 до 1 миллиона человек.

Анализ данных, полученных в разных странах, показал, что широко распространенное мнение о преимуществах крупных больниц устарело. Во-первых, раньше считалось, что более крупная больница работает эффективнее. Однако исследования свидетельствуют, что при полной нагрузке больницы экономия за счет увеличения объема работы

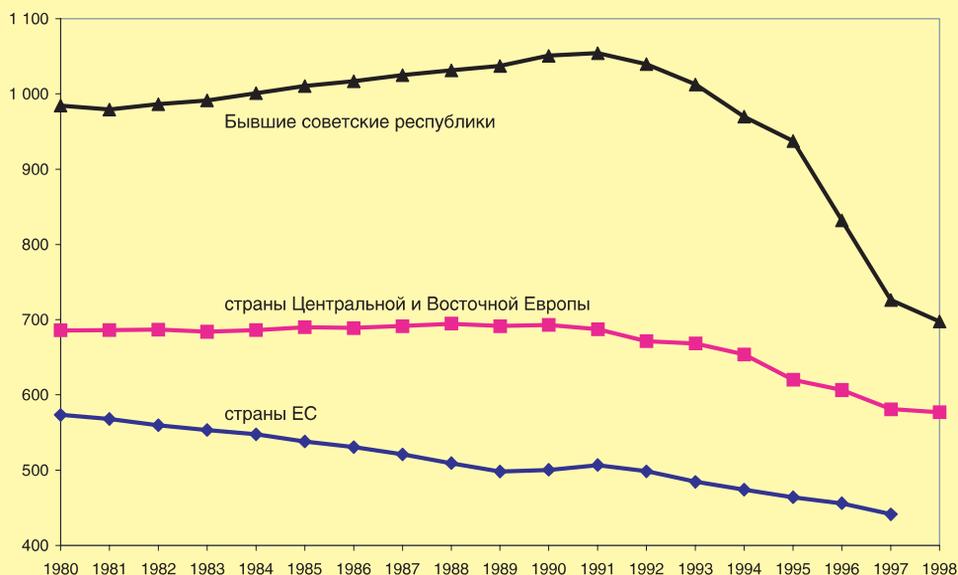
достигается при достаточно небольшом количестве коек (до 200). При числе коек более 650 экономический эффект становится отрицательным. С другой стороны, нельзя забывать об экономии за счет расширения набора предоставляемых услуг. Больница выполняет множество взаимосвязанных функций. Крупные центры объединяют специалистов разного профиля, облегчают взаимодействие между ними, обеспечивают возможность комплексного лечения больных и обучения медицинских работников, экономичнее используют дорогостоящее оборудование и помещения (компьютерные томографы, операционные). Следовательно, вопрос о том, ка-

кими должны быть размеры больницы, решается с учетом местных условий.

Второй довод в пользу крупных больниц — повышение качества медицинской помощи за счет накопления навыков и опыта — тоже нуждается в пересмотре. Методика исследований, посвященных этой теме, далека от совершенства, однако некоторые выводы сделать удалось.

Интенсивность работы (например, число операций, выполняемых за определенный промежуток времени), при которой качество достигает максимума, относительно невелика. Например, оптимальные результаты коронарного шунтирования получают при выполнении бо-

Рисунок 3. Число коек в больницах скорой помощи на 100 000 населения в странах ЕС, Центральной и Восточной Европы и бывших советских республиках



Источник: WHO Regional Office for Europe health for all database, 2001.

более 200 операций в год. В развитых странах очень немногие больницы работают с меньшей нагрузкой. Кроме того, исследования показали, что опыт бригады хирургов важнее, чем квалификация каждого хирурга в отдельности.

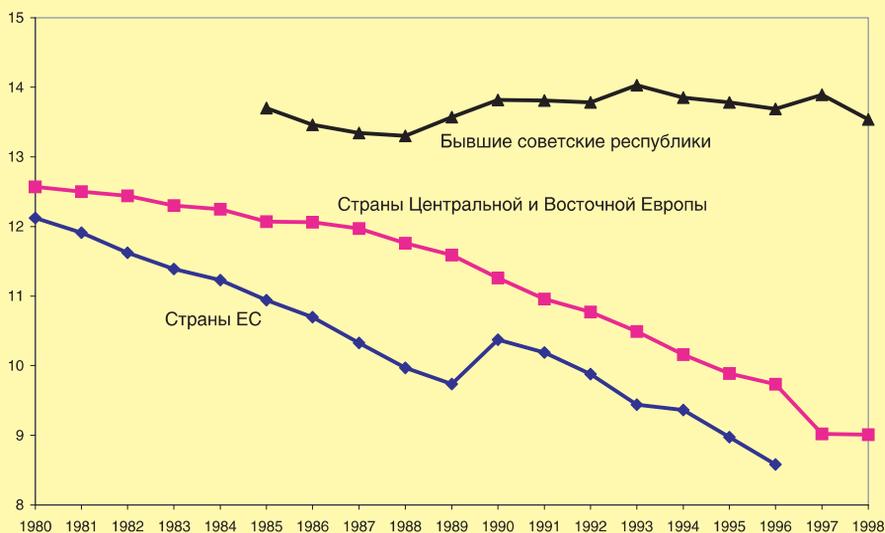
Несмотря на свои недостатки, исследования, посвященные структуре больниц, свидетельствуют о том, что сосредоточение медицинского обслуживания в крупных больницах вряд ли улучшит качество лечения и снизит затраты. В то же время, централизация больничного обслуживания позволяет расширить набор предоставляемых медицинских услуг. Таким образом, одни виды медицинских услуг целесообразно сосредото-

точить в крупных клиниках, а другие, более доступные, предоставлять в обычных больницах.

Реформа больниц: успехи и неудачи

В странах Западной Европы одно из основных направлений реформы больниц, отражающее изменения в структуре заболеваемости и подходах к стационарному лечению, — сокращение коечного фонда. Уменьшить число коек проще, чем закрыть больницу. Поэтому в Германии, например, с 1991 по 1997 г. число коек снизилось на 7%, в то время как количество больниц не изменилось.

Рисунок 4. Средняя продолжительность пребывания в больницах скорой помощи (в сутках) в странах ЕС, Центральной и Восточной Европы и бывших советских республиках, 1980—1998 г.



Источник: WHO Regional Office for Europe health for all database, 2001.

В одной из среднеазиатских республик — Киргизии — на фоне 25%-ного сокращения коечного фонда число больниц даже увеличилось. Само по себе уменьшение числа коек не позволяет существенно сэкономить средства, поскольку значительную часть расходов составляют затраты на содержание самого здания и другие постоянные затраты. Методы осуществления реформы могут быть разными, в зависимости от средств, имеющихся в распоряжении государства и участвующих в ней организаций.

Реформа оказалась более успешной в тех странах, где несколько больниц объединены общим управлением (Ирландия, Великобритания). В Бельгии в 80-е годы сокращение числа коек и аккредитация больниц успешно осуществлялись с помощью инструментов государственного регулирования. В Дании ответственность за работу больниц возложена на округа. Правительство поддерживает сотрудничество между соседними округами, вследствие чего небольшие больницы объединяются в более крупные центры. Во Франции были созданы региональные комиссии, которые сочетали сокращение коечного фонда государственных и частных больниц с программами реконструкции и созданием новых медицинских служб, в большей степени отвечающих современным требованиям.

Трудности возникли в тех странах, где собственность децентрализована, а финансирование здравоохранения осуществляется из нескольких источников. Например, в Швейцарии таких источников два — налоговые поступления и фонды медицинского страхования, а форм собственности несколько — кантональная, муниципальная и частная. Там, где существует внутренний рынок медицинских услуг, на котором их

доставление и оплата разделены, а больницам предоставлена самостоятельность, реформа проходит медленнее. Больницы всегда привлекают внимание общественности, поэтому политикам бывает трудно доказать свою непричастность к таким непопулярным мерам, как слияние и закрытие больниц, даже если это объясняется «требованиями рынка медицинских услуг».

Реформа больниц обычно подразумевает расширение амбулаторных служб и строительство новых сооружений, поскольку многие старые здания уже устарели. Во Франции, Испании, Норвегии, Великобритании одним из компонентов реформы были инвестиции в строительство.

Взаимодействие больниц с другими структурами системы здравоохранения

Какие медицинские услуги должны предоставляться в стационаре, а какие вне его? Этот основной вопрос в определении роли современной больницы. Система здравоохранения предоставляет медицинское обслуживание разного уровня, вида и месторасположения; больницы — лишь один из компонентов этой системы. Взаимодействие больниц с другими службами здравоохранения позволяет, с одной стороны, повысить доступность стационарного лечения, а с другой — направить не нуждающихся в нем больных в другие медицинские учреждения. Усовершенствовать взаимодействие можно тремя путями:

- повысить согласованность действий медицинских служб;
- перераспределить функции между разными организациями и медицинскими службами;

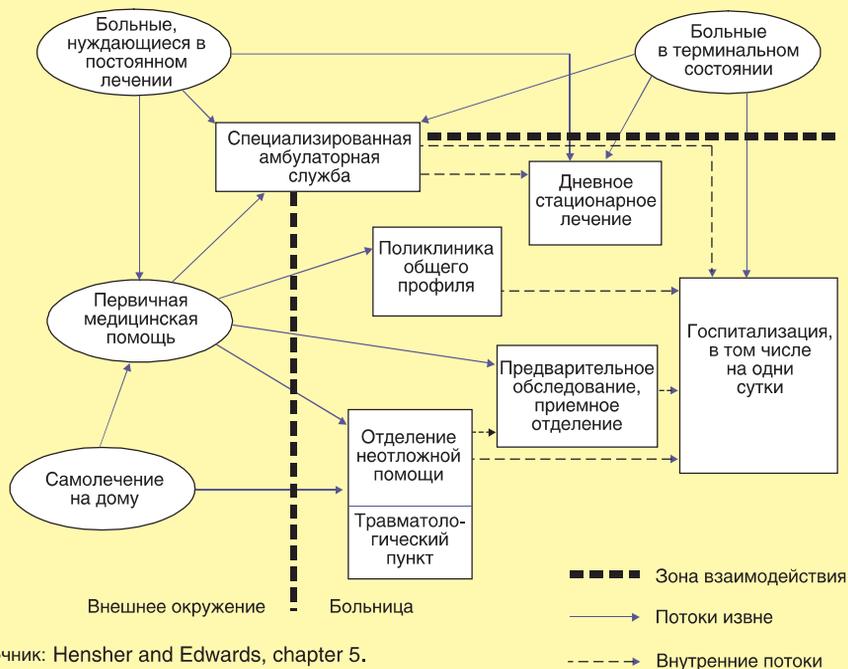
- планировать ведение больного в обход этапа стационарного лечения.

Как правило, эти подходы сочетают. Например, в регулировании доступа к стационарному лечению участвуют врачи общей практики (выполняющие функцию сортировки), отделения предварительного обследования и амбулаторные учреждения (рис. 5). Больницы внесли большой вклад в разработку схем ранней выписки, особенно пожилых больных (посещение медицинской сестрой на дому, помощь со стороны амбулаторных и социальных служб). Некоторые больницы участвуют в вертикальной интеграции, выполняя функции поликлиник, реабилитационных дневных стационаров, домов для престарелых.

Оптимизация работы больниц

Основную ответственность за работу системы здравоохранения несет правительство. Руководство страны имеет в своем распоряжении множество средств воздействия, как материальных, так и управленческих (предоставление полномочий, установка нормативов, контроль, поощрение), и должны принимать активное участие в реформе больниц. Объектами воздействия служат материальные активы («физический капитал»), персонал («человеческий капитал») и знания («интеллектуальный капитал»). Ниже мы остановимся на 3 основных способах оптимизации работы боль-

Рисунок 5. Потoki больных в медицинских учреждениях местного уровня



Источник: Hensher and Edwards, chapter 5.

ниц. Это повышение качества стационарного лечения, изменения в системе оплаты медицинских услуг и совершенствование организации больниц.

Основную ответственность за работу системы здравоохранения несет правительство

Повышение качества стационарного лечения

Все больше данных свидетельствует о том, что качество стационарного лечения во многих странах неудовлетворительно. Чтобы поднять его на должный уровень, предложен ряд подходов: клинический аудит, контроль качества, оценка работы больницы по нескольким показателям, а также новая концепция управления больницами («клиническое управление»). Согласно этой концепции, качество стационарного лечения должно обеспечиваться совместными усилиями медицинских работников и администрации.

Предполагается, что контроль за качеством медицинского обслуживания и повышение квалификации медицинских работников позволяют улучшить результаты лечения. К сожалению, по имеющимся данным, большая часть которых собрана Кокрановским сотрудничеством, изменить сложившиеся среди медицинских работников стереотипы поведения очень трудно. Автор одной из глав (Н. Фриментл) пришел к неутешительному выводу, что врачи (как в больницах, так и в других лечебных учреждениях) слишком редко используют результаты научных исследований в своей практике, особенно если новая информация предоставляется только в одной форме (например, в форме клиниче-

ских рекомендаций, программ обучения или разборов случаев). Более эффективен комплексный подход, сочетающий внутренние и внешние стимулы. Некоторые страны переходят к более активному внедрению принципов научно обоснованной медицинской практики.

Опубликование сравнительных оценок работы разных больниц («рейтинг» больниц) вызвало интерес во многих странах по двум причинам. С одной стороны, доступ к подобной информации заставляет отстающие больницы улучшать работу, с другой — предоставляет больным право выбора. Однако эта акция не бесспорна и не подкреплена данными об улучшении результатов лечения. Какими бы ни были причины, побудившие предпринять ее, необходимо не только выявлять недостатки, но и способствовать их устранению, поскольку низкое качество работы больниц может привести к опасным последствиям. Кроме того, оценка качества работы больниц сопряжена со значительными теоретическими и практическими трудностями.

Метод «клинического управления» — важное нововведение, впервые опробованное в Великобритании. Метод предусматривает объединение финансового контроля, медицинского обслуживания и контроля за качеством лечебной работы и включает развитие информационных систем, повышение квалификации и оценку деятельности медицинских работников со стороны коллег.

Финансовые стимулы

Второй способ повышения качества работы больниц — использование финансовых стимулов (новая система оплаты медицинских услуг). В странах Восточной Европы происходит переход от по-

статейного бюджета, который принимается в соответствии с исторически сложившимися нормами, к более современным методам, учитывающим объем работы. В странах Центральной и Восточной Европы существует несколько систем оплаты разной степени сложности (в зависимости от количества дней, проведенных в стационаре, или от диагноза). Во многих странах Западной Европы используют методы множественной стандартизации и бюджеты, допускающие перемещение средств из статьи в статью. В идеале механизм оплаты медицинских услуг должен обеспечивать действенное и доступное лечение, работать четко, без искажений, и сводить к минимуму затраты на взаимодействие разных служб. На практике одновременное выполнение всех этих условий вряд ли возможно, приходится выбирать компромиссное решение. Финансовые стимулы — палка о двух концах. Такие стимулы не только направляют деятельность больниц в нужное русло, но и создают почву для злоупотреблений. Необходимо учитывать положительный и отрицательный опыт применения той или иной системы оплаты медицинских услуг и применять этот опыт на практике.

Финансовые стимулы — мощный инструмент реформирования здравоохранения, однако применение этого инструмента иногда приводит к неожиданным, противоречивым последствиям. По мнению М. Джекаб, А. Прикера и А. Хардинг, участвовавших в написании данной книги, нужно создать не только внешние, но и внутренние стимулы для осуществления реформ. Пытаясь понять, почему в Восточной Европе реформы не привели к ожидаемым результатам, авторы отметили несоответствие внешних инструментов реформирования и

Показатели качества стационарного лечения (Великобритания)

Среди всех европейских стран Великобритания предпринимает самые активные усилия по совершенствованию стандартов стационарного лечения. Министерство здравоохранения Великобритании разработало несколько показателей, по которым можно оценивать деятельность каждого треста Государственной службы здравоохранения. Начиная с 1999 г. общественность и сами больницы получили возможность сравнивать публикуемые в прессе результаты такой оценки. Деятельность больниц оценивается по 6 основным областям: здоровье населения, доступность медицинского обслуживания, эффективность и продуктивность лечения, а также впечатления больных и медицинских работников (например, летальность в течение 30 сут после операции, число повторных госпитализации в течение 28 сут после выписки). Необходимость контроля за деятельностью больниц не вызывает сомнений. Он привлекает внимание политиков и способствует совершенствованию систем сбора данных. Тем не менее реальное осуществление такого контроля создает много проблем. В 1999 г. правительство Великобритании учредило два государственных управления по совершенствованию стандартов медицинской помощи. Государственный институт усовершенствования клинической практики оценивает эффективность затрат на старые и новые методы лечения и на основании этих данных разрабатывает рекомендации для врачей. Комитет по улучшению здоровья населения выполняет функцию контроля, анализируя работу 200 трестов Государственной службы здравоохранения в Англии и Уэльсе, а также помогает внедрять новую систему управления больницами.

Источник: Department of Health (1999) The NHS performance framework. London: Department of Health.

внутренней структуре и деятельности больниц. В будущем реформа должна основываться на изменениях внутри самой больницы, включая предоставление большей ответственности и права принимать решения.

Организация работы медицинского персонала

Исследования показали, что качество стационарного лечения можно повысить за счет совершенствования организационной структуры больницы. В одном исследовании было обнаружено, что, по мнению многих медицинских сестер, в некоторых больницах создана благоприятная атмосфера для работы: медицинским сестрам предоставлена значительная самостоятельность, они лучше взаимодействуют с врачами (о результатах лечения в этих больницах не было известно). При сравнении с другими больницами, сходными по всем остальным характеристикам, выяснилось, что летальность в больницах с благоприятной психологической атмосферой (с учетом тяжести состояния больных) значительно ниже. В других исследованиях отмечено, что благоприятный психологический климат в больнице приносит ощутимую пользу больным. Так, удовлетворенность медицинских сестер организацией и качеством своей работы отражается на качестве стационарного лечения. Правильная организация работы медицинского персонала (принцип «благо больного — прежде всего», четкое руководство действиями врачей и медицинских сестер, сотрудничество, открытое обсуждение спорных вопросов) улучшает результаты лечения в отделениях интенсивной терапии.

Эти исследования имеют важное значение. Они помогают понять, почему одни больницы работают лучше, чем другие. Больницы — это сложные социальные организации, а не просто совокупность технических средств, которую при необходимости можно легко преобразовать. Организационные изменения су-

щественно влияют на работу персонала. Радикальная реорганизация может ухудшить качество лечения, если она ухудшает моральное состояние сотрудников и противоречит этическим нормам.

Больница будущего

Больницы всегда приспосабливались к переменам, хотя и не так быстро, как хотелось бы. Мир вокруг нас преобразуется все стремительнее, но структура и организация больниц таковы, что менять их столь же быстро невозможно.

Главный вывод из всего сказанного — больницы нельзя рассматривать в отрыве от остальных компонентов системы здравоохранения, региональных и национальных особенностей. В каждой стране сложились свои структура и организация больниц, с разным уровнем финансирования и разными направлениями развития. Реформа должна осуществляться с учетом перспектив системы здравоохранения в целом, поскольку изменение одного ее элемента неизбежно отражается на других. Страны, где медицинское обслуживание децентрализовано и медицинским службам предоставлена большая самостоятельность (например, Венгрия), сталкиваются с серьезными трудностями при реорганизации больниц. С другой стороны, в Великобритании не удалось решить проблему избыточного количества больниц в центральной части Лондона.

Еще один важный вывод — реформы требуют затрат. Повышение качества медицинского обслуживания возможно только при условии доступа к внешним ресурсам (оборудование, квалифицированный персонал, информация). Правительство и те, кто действует от его имени, должны обеспечить доступ к этим

ресурсам и следить за их правильным использованием. Могут потребоваться новые сооружения, соответствующие современной организации медицинского обслуживания. Прежде чем приступать к реформам в данной больнице, необходимо определить, какую цель они преследуют (например, перенесение некоторых видов медицинских услуг из больницы в другие медицинские учреждения или реорганизация взаимодействий между отдельными подразделениями) и какими методами будут осуществляться.

Система здравоохранения, структура и организация больниц, этические нормы в разных странах Европы сильно отличаются. Во многих из этих стран здравоохранение переживает период грандиозных реформ. Тем не менее, для любой страны справедливы следующие три утверждения. Первое: основная задача больниц — улучшение здоровья населения — достигается не только в процессе лечебной работы, отвечающей потребностям и запросам населения, но и в процессе обучения и научных исследований. Второе: больницы — лишь один из компонентов системы здравоохранения; их нельзя рассматривать в отрыве друг от друга и от других медицинских и социальных служб. Третье: ответствен-

ность за качество стационарного лечения несут не только больницы, но и руководители здравоохранения.

Литература

- Edwards N, McKee M. The future role of the hospital. *J Health Serv Res Pol* 2002; 7: 1–2;
- Healy J, McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe. *Health Policy* (in press);
- — Where next for Eurohospitals? *Hospital* 2000; 2 (2): 37–39.;
- — Monitoring hospital performance. *Euro Observer* 2000; 2 (2): 1–3.;
- McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 803–10.;
- — The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences. *Clinical Medicine* 2001; 1: 299–304.;
- — Réorganisation des systèmes hospitaliers : leçons tirées de l'Europe de l'Ouest. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 2002 (in press);
- — Health promoting hospitals: meeting the needs of the people. *Journal of Health Gain* 2001; 5 (2): 3–7.;
- — Why hospitals have to change to improve their performance. *Private Hospital Healthcare Europe* Lon-don: Camden, 2001. p. 23.

Книги, выпущенные Европейской обсерваторией по системам здравоохранения (редакторы серии Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialios и Richard Saltman), можно заказать на сайте www.observatory.dk

Реферат книги «Реформа больниц в новой Европе» под ред. Martin McKee и Judith Healy
Open University Press, 2002
© World Health Organization, 2002
ISBN 0 335 20928 9 (мягкая обложка)
ISBN 0 335 20299 7 (твердый переплет)

Содержание

Часть I. Больницы и общество

Введение: роль больниц в системе здравоохранения
Martin McKee, Judith Healy

Развитие больниц
Judith Healy, Martin McKee

Актуальность реформ
Martin McKee, Judith Healy, Nigel Edwards, Anthony Harrison

Значение и функции больниц
Judith Healy, Martin McKee

Часть II. Внешние факторы

Взаимодействие больниц с окружающим миром: опыт Великобритании
Martin Hensher, Nigel Edwards

Целесообразно ли увеличивать размеры больниц?
John Posnett

Капиталовложения
Martin McKee, Judith Healy

Механизм оплаты больничных услуг в развивающихся странах: теория и практика
John C. Langenbrunner, Miriam M. Wiley

Организационная структура больниц и социально-экономические условия: опыт проведения реформы в странах с переходной экономикой
Meolitta Jakob, Alexander Preker, April Harding

Часть III. Объекты реформ

Оптимизация деятельности больниц
Judith Healy, Martin McKee

Изменения в структуре трудовых ресурсов Европы
James Buchan, Fiona O'May

Внедрение новых технологий
Rebecca Rosen

Повышение качества стационарного лечения
Nick Freemantle

Организация работы медицинского персонала
Linda Aiken, Douglas Sloane

Часть IV. Выводы

Больницы будущего
Martin McKee, Judith Healy

Европейская обсерватория по системам здравоохранения проводит тщательный анализ организации систем здравоохранения в разных странах, привлекая к этому ученых, руководителей здравоохранения и практикующих врачей и способствуя выработке научно обоснованной политики в этой сфере. Более подробные сведения об этой организации, включая публикации, конференции, программы обучения, можно найти на сайте www.observatory.dk. Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.